

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1922

THÈSE

N°

POUR

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Arthur COLLOT

de l'Aérophagie et de son Traitement

PAR LES

AGENTS PHYSIQUES

Président : M. ACHARD, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
 ASSESSEUR : G. POUCHET
 PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	D ^r LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinales	LEGUÉ
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERS	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEI-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

MARCELLE DE LA HAYE JOUSSELIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Le Professeur ACHARD

Médecin à l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine

De l'Aérophagie et de son Traitement

PAR LES

AGENTS PHYSIQUES

INTRODUCTION

L'aérophagie connue dans ses grandes lignes, mais négligée, dédaignée par la plupart des praticiens, n'occupe pas dans la pathologie la place à laquelle elle a droit. Par la multiplicité de ses symptômes, circulatoires, respiratoires, gastriques, intestinaux, mentaux, etc., elle devrait en être un des principaux chapitres, alors qu'elle est tout au plus citée à l'occasion d'un trouble quelconque. Or, ces symptômes peuvent être d'une extrême gravité; en tous cas ils sont tenaces, rebelles à toute médication, empoisonnant l'existence des malades, et celle du médecin appelé à les soigner, s'il en méconnaît la vraie cause. Le plus souvent c'est ce qui lui arrive et cette ignorance dans laquelle il se trouve vient de ce que les aérophages ne sont guère des malades d'hôpitaux: jamais l'étudiant n'est appelé à observer les multiples aspects de cette maladie. Tout au plus lui sera-t-il arrivé à l'amphithéâtre, de prêter une oreille attentive à une brillante leçon sur ce sujet (car c'est un sujet à brillante leçon). Mais de retour dans la salle, il n'en sera plus question; le souvenir s'en effacera peu à peu de sa mémoire; ce mot d'aérophagie n'évoquera plus rien de réel pour lui, si ce n'est une curiosité, un phénomène pathologique que l'on rencontre par

hasard dans sa carrière. C'est contre cette ignorance qu'il faut réagir.

L'aérophagie est une chose commune, banale, que l'on rencontre partout. Que de fois le jeune médecin sorti de l'école, tout plein d'enthousiasme et de science, sera déçu en clientèle devant ces chroniques invétérées que toute sa thérapeutique ne soulagera pas. Tour à tour le bromure et la valériane, la noix vomique et l'arsenic, le bicarbonate de soude, savamment dosé, sans omettre les paquets de saturation, seront appelés à exciter ou à calmer un système nerveux ou un estomac accusé à tort de ne point obéir aux prescriptions magistrales.

On a beaucoup écrit et beaucoup dit sur l'aérophagie, le champ est vaste et son étude n'est pas facile. Elle est accompagnée d'une infinité de troubles très divers, les uns prédisposant, les autres consécutifs. Sur les uns et sur les autres il y a encore à revenir, ils sont loin d'être entièrement connus. Il est de toute nécessité que cette étude soit poursuivie et menée à bien. Que d'erreurs de diagnostic seraient évitées. On ne remontera plus par la digitale le cœur du faux asystolique, on ne couvrira plus le thorax des faux tuberculeux dyspnéiques de ventouses, de pointes de feu et de scarifications, on n'opérera plus l'ulcère du pylore ou du cardia, non plus que l'appendicite quand il ne s'agira que de spasmes douloureux.

On rendra la vie agréable à ces malheureuses femmes toujours fatiguées nerveuses, incapables de tout effort physique et moral, qui passent la plus grande partie d'une existence qui leur est à charge, enfermées, tous volets clos, dans leur chambre, fuyant le monde et les leurs.

Parmi tous ces troubles divers, il est difficile de savoir quel est celui qui l'emporte, qui retentit sur les autres, quelle est l'origine de ce déséquilibre fonctionnel et organique. C'est un cercle vicieux qui peu à peu se referme; chaque fonction troublée trouble à son tour sa voisine,

la déchéance physique du malade s'accroît chaque jour et le rend plus vulnérable à toutes les maladies; la première atteinte grave le surprend sans défense et l'emporte sans avoir trouvé de résistance à son cours.

Les grands symptômes cardiaques, respiratoires, etc..., ont déjà été étudiés: je n'ai pas besoin de rappeler ici le remarquable travail du Dr Leven, mais il en existe d'autres non moins importants syndromes mentaux, association de l'aérophagie et de la ptose viscérale par exemple, qui n'ont jamais été mis en lumière comme il le conviendrait.

On n'a pas davantage insisté suffisamment sur certaines causes de l'aérophagie: troubles rhino-pharyngés en particulier; enfin jusqu'à ce jour la thérapeutique en était bien pauvre et nos armes bien fragiles contre un tel ennemi.

Nous possédons cependant parmi les nouvelles acquisitions de la science des moyens puissants et encore trop dédaignés, je veux parler des forces physiques. L'électricité ne sert pas seulement à allumer les lampes, suivant la boutade célèbre d'un Maître de la Faculté. Sous ses multiples formes, courants continus, sinusoïdaux, faradiques, isolés, couplés ou rythmés, haute fréquence en condensation, autoconduction, étincelage, effluation, diathermie, courant de Leduc ou de Morton, elle nous offre des ressources inépuisables. La chaleur et la lumière, l'oxygène et l'eau de mer, ces deux principes fondamentaux et régénérateurs de la vie; l'hydrothérapie, le massage pratiqué par des mains habiles, longuement exercées, connaissant à fond l'anatomie et la physiologie; la culture physique qui refait les muscles, augmente les combustions, active la vitalité organique, tous ces moyens sont des armes merveilleuses pour qui sait les manier avec prudence et souplesse. Elles nous ont fait remporter bien des victoires où l'ancien arsenal thérapeutique avait régulièrement échoué. Nous ne saurions trop le répéter avec

notre maître le professeur Leduc : Tout l'avenir de la médecine est là. C'est une terre inexplorée dont nous connaissons à peine les frontières, qui renferme des richesses inconnues et insoupçonnables. Elle réserve à ses pionniers des joies et des enthousiasmes immenses comme seuls les grands explorateurs, les Conquistadores en éprouvèrent quand ils virent à l'horizon émerger des mondes nouveaux.

Etudier plus à fond ces différents symptômes, exposer la thérapeutique rationnelle à leur opposer, tel est le but que nous nous proposons dans cette thèse.

Nous adressons au professeur Leduc l'expression de toute notre reconnaissance pour nous avoir dirigé dans cette voie nouvelle. Nous sommes heureux et fiers d'avoir suivi les conseils qu'il nous prodiguait de sa chaire ; nous conservons un inoubliable souvenir des leçons si lumineuses de rayonnante clarté, dans lesquelles il nous dévoilait les forces physico-chimiques qui régissent notre vie et notre pensée. L'expérience réalisait devant nous les phénomènes biologiques les plus complexes par ces seules forces physiques mises en jeu. Alors les murs du petit amphithéâtre s'évanouissaient, et nous étions transportés dans le domaine immense et féérique de la science, des horizons nouveaux apparaissaient à nos yeux éblouis, enthousiastes et avides de voir encore. L'heure passait trop rapide et c'est avec une impatience fébrile que nous attendions la leçon suivante, où nous nous précipitions, comme au désert ardent le voyageur se précipite vers la source fraîche qui étanchera sa soif et lui rendra la vie.

Maître, encore une fois, merci.

Nous remercions notre ami, le Dr Frumusan, qui nous a donné les idées directrices de ce travail.

ETIOLOGIE

Nous ne nous attarderons pas à la définition ni à la démonstration clinique de l'aérophagie. Les travaux de Soupaut, Barret, Enriquez, Leven, Beclere, Delherm, etc... y suffisent. Son mécanisme est simple: le malade avale un excès d'air, car l'aérophagie est l'exagération d'un phénomène normal et il avale cet air en même temps que sa salive. Tous les aérophages sont atteints d'une salivation abondante, pouvant aller jusqu'à 2 et 3 litres de salive par vingt-quatre heures. Pour absorber cette salive, ils sont obligés de déglutir fréquemment; nous connaissons des malades qui exécutent ces mouvements de déglutition toutes les trois ou quatre secondes et qui le font inconsciemment.

Quelle est la cause de cette sialorrhée et comment la tarir? Telles sont les questions qu'il nous faut étudier. Il est d'une importance capitale de les résoudre puisque toute la maladie en dépend?

I. — Causes oto-rhino-laryngées

Ce sont les principales et celles qui attirent le moins l'attention du praticien. Il faut y penser toujours. *Presque tous, pour ne pas dire tous les aérophages sont des malades qui présentent ou ont présenté une affection quelconque du nez, de la gorge, de la bouche ou de l'oreille.*

Nous avons fait cette recherche systématiquement, sur

les indications du Dr Frumusan, et notre conviction est établie. Or, il est un fait surprenant, c'est que les spécialistes, d'une façon générale, ignorent systématiquement ce qui se passe en dehors de leurs cavités. Ils n'envisagent point les conséquences lointaines et cependant directes des affections qu'ils sont appelés à soigner. Il nous est arrivé dans certains cas difficiles d'adresser nos malades à des oto-rhino-laryngologistes notoires, en les priant de nous donner la cause de ces troubles, d'établir un diagnostic précis et un traitement approprié; ils ont négligé d'examiner le malade, sous prétexte que l'aérophagie n'était pas leur affaire et qu'au surplus « ça n'existait pas ». Il serait désirable cependant que leurs recherches se portassent de ce côté. Ils rendraient un immense service à la pathologie en étudiant avec tous les moyens dont ils disposent, ces causes souvent faciles à dépister, mais qui par contre demandent parfois beaucoup de sagacité et de savoir faire dans leur découverte.

Parmi nos malades, nous avons pu observer que toutes les affections du rhino-pharynx peuvent provoquer la sialorrhée, hypertrophie ou atrophie des cornets, rhinites, végétations, polypes, laryngites, amygdalites, gingivite, etc., etc..., pour ne citer que les plus connues; les énumérer toutes serait dresser la table des matières d'un manuel d'oto-rhino-laryngologie.

Donc, chez tout aérophage, il est nécessaire d'examiner soigneusement, la bouche, la gorge, les oreilles et le nez. C'est là qu'on trouvera le plus sûrement la cause initiale des accidents qu'il présente.

II. — *Causes œsophagiennes et gastriques*

Les recherches des professeurs Hayem et Roger ont démontré la corrélation étroite qui existe entre les irri-

tations œsophagiennes et gastriques et la sécrétion salivaire. Toute lésion de ces organes est donc un facteur important d'aérophagie.

Chez le dyspeptique il est parfois difficile de faire la part des choses; est-ce la dyspepsie qui a causé l'aérophagie ou au contraire celle-ci qui a entraîné la dyspepsie? Si le malade est porteur d'une lésion gastrique bien déterminée, cancéreuse, ulcéreuse, syphilitique, tuberculeuse, la question ne se pose pas, et d'ailleurs en pareil cas, l'aérophagie passe en second plan; mais s'il ne présente que la dyspepsie simple avec aérophagie, cette dernière seule est coupable, et sa disparition entraînera celle des troubles gastriques. Après un grand nombre d'observations, nous pouvons affirmer que la dyspepsie flatulente des anciens auteurs a vécu, qu'elle n'est qu'une aérophagie banale avec dyspepsie consécutive. C'est elle qui provoque l'excitation du plexus solaire et des filets nerveux gastriques. Ceux-ci réagissent en exagérant ou en annihilant les sécrétions de la muqueuse d'où les hyperchlorhydries avec pyrosis, brûlures, vomissements acides, les hypochlorhydries avec gêne, pesanteur, lenteur de la digestion. Inutile de donner à ces malades des cachets, des poudres ou des potions calmantes; supprimons leur aérophagie et en quelques jours ils éprouveront un bien-être qu'ils désespéraient parfois de retrouver.

III. — *Irritation solaire*

Cette irritation du plexus solaire, due à la compression par l'estomac dilaté n'agit pas seulement sur la sécrétion gastrique, mais aussi sur la sécrétion salivaire; d'où un cercle vicieux qu'il est nécessaire de rompre: le ballon stomacal comprime le plexus, celui-ci réagit en exagérant la salivation, donc les mouvements de déglutition et l'ava-

lement d'air, l'estomac se distend de plus en plus et augmente sa pression sur le plexus.

Une autre cause d'hyperesthésie solaire est la *ptose viscérale*. Les tiraillements constants qu'il subit de ce fait l'irritent au plus haut point. Cette action est tellement nette qu'il suffit de soutenir les organes pour que l'irritation et le tic d'avalement qu'elle provoque cessent aussitôt; il faut toutefois pour cela que la ptose soit légère et relativement récente. Dans les grandes ptoses anciennes, aux tiraillements s'ajoute une nouvelle complication: la *cellulite*. Le traitement en devient alors très complexe comme nous le verrons plus tard. Cette cellulite se produit de la façon suivante: les compressions, les tiraillements du plexus y provoquent un ralentissement de la circulation, d'où des œdèmes du tissu cellulaire péri-solaire. Ces œdèmes peu à peu s'organisent, se sclérosent et à leur tour forment autant de corps étrangers, de noyaux durs qui enserrant comme d'une gangue les ganglions et les filets nerveux; ils ajoutent aux autres causes une cause nouvelle d'irritation. Si l'on se contente alors de soutenir la ptose sans détruire cette cellulite la guérison ne peut être obtenue. L'amélioration qui en résulte n'est que de courte durée. L'observation II en est une preuve.

IV. — *Aérophagie nerveuse*

Il existe dans le bulbe et dans la corticalité cérébrale des centres salivaires, entre autres dans la quatrième frontale. Toute excitation de ces centres provoquera la sécrétion; elle sera normale, psychique ou sensorielle, ou pathologique par irritation de ces centres.

Nous pensons qu'une cause fréquente de lésion de ces centres pourrait être attribuée à la syphilis. Nous avons été frappés de sa fréquence chez nos malades, il s'agit

presque toujours d'une syphilis héréditaire ou décapitée chez la femme en tous cas de syphilis ancienne, méconnue le plus souvent; syphilis insidieuse, sournoise, sans fracas cutané, se localisant dans les centres nerveux, moelle, bulbe et cerveau. Il est très probable qu'il faut chercher de ce côté, insoupçonné jusqu'à ce jour, la cause de certaines aérophagies dites essentielles et dont l'origine restait fort obscure.

Ce même mécanisme explique l'aérophagie consécutive aux intoxications par maladies infectieuses, chloroforme, nicotine, etc...

Enfin, les mouvements de déglutition peuvent être un véritable tic que seule la psychothérapie guérira. Il s'agit en pareil cas de malades ayant eu primitivement une cause quelconque d'irritation salivaire. Cette cause guérie l'habitude d'avaler fréquemment a persisté et a dégénéré en tic nerveux.

SYNDROMES

Nous passerons successivement en revue les différents syndromes gastriques, intestinaux, abdominaux, respiratoires, circulatoires et mentaux. Mais n'oublions pas que cette classification n'a pour but que de faciliter l'étude de l'aérophagie, qu'elle ne correspond, comme toute classification d'ailleurs, à rien de réel. Les aérophages, en effet, présentent toujours une *association* de ces différents symptômes avec prédominance de l'un d'eux sur les autres.

I. — *Syndrome gastrique*

Nous avons déjà vu que la pesanteur, la lourdeur après les repas avec sensation de ballonnement, en somme, l'ancienne dyspepsie flatulente, n'était qu'une aérophagie qui à la longue avait provoqué une dyspepsie par distension des parois stomacales, compression, étirement des filets et des ganglions nerveux sympathiques, d'où troubles de la sécrétion du suc gastrique.

Chez tous ces ballonnés, supprimons la cause et aussitôt la maladie s'évanouira. Un simple massage évacuateur de l'estomac, qui en chasse l'air accumulé, leur rend le bien-être ; ils se sentent allégés et dispos. Or, la meilleure preuve qu'il s'agit bien là d'une dyspepsie causée par l'aérophagie, c'est que ces malades sont généralement soignés depuis longtemps comme dyspeptiques. Ils suivent un régime, absorbent des cachets avant, pendant ou après

les repas et sans aucun résultat puisque tout cela n'agit aucunement sur l'aérophagie.

A propos de ce syndrome gastrique, n'oublions pas que l'aérophagie est un *spasme*. Ce sont ces spasmes du cardia ou du pylore, serrés, douloureux, qui sont pris bien souvent pour des ulcères, et qui parfois mènent le malade sur la table d'opération. Ce fut presque le cas pour une dame de nos amis qui fut prise il y a quelques années de troubles gastriques très accusés. Le diagnostic de plusieurs médecins fut celui d'ulcère pylorique. Malgré la gravité du cas elle hésitait à se faire opérer, et se contentait de suivre un régime aussi sévère qu'inutile. Sur ces entrefaites, elle fut amenée fortuitement à consulter un laryngologiste avisé, qui lui demanda: « Mais, Madame, ne souffrez-vous pas de l'estomac? Vous avez une amygdale cryptique en fort mauvais état, et si vous vouliez bien la faire soigner, tous vos malaises disparaîtraient. En effet, l'absorption continuelle de la salive abondante provoquée par l'amygdalite avait entraîné une aérophagie considérable avec spasme pylorique extrêmement serré et douloureux. Dès que l'amygdale fut guérie, les troubles cessèrent complètement et définitivement.

II. — *Syndromes intestinaux*

Quand l'air contenu dans l'estomac réussit à franchir le pylore, il se répand dans l'intestin grêle sans y occasionner trop de méfaits. A ce moment, le malade se sent soulagé, il respire mieux, ses palpitations disparaissent. Cette euphorie est de courte durée; l'air s'accumule de nouveau dans le colon, soit dans sa première, soit dans sa dernière portion, parfois dans les deux :: de nouveau les spasmes font leur apparition. Et cette fois encore le médecin diagnostiquera le plus souvent toute autre chose

que de l'aérocolie: la douleur de la fosse iliaque droite sera baptisée appendicite chronique ou aiguë suivant la gravité du cas, salpingite ou annexite si par hasard un peu de leucorrhée est avouée; coliques hépatiques ou néphrétiques. Je ne parle que pour mémoire des tumeurs fantômes occasionnées par les spasmes et qui épouvantent si fort les patients. Cette aérocolie n'est pas moins importante à connaître et à dépister que la poche d'air gastrique. Il est surprenant et... humiliant qu'en médecine vétérinaire elle soit mieux étudiée et souvent moins méconnue. Bien des laparotomies ou appendisectomies inutiles et dangereuses seraient évitées, nous en avons la preuve tous les jours. Non seulement après ces opérations le malade ne va pas mieux, mais encore il souffre davantage en raison des brides cicatricielles profondes qui en résultent et qui sont le meilleur excitant de la cellulite diffuse des viscères et des plexus splanchniques.

Cette aérocolie se manifeste de deux façons, aiguë ou chronique les symptômes en sont variables, elle peut affecter l'allure de l'appendicite, de l'obstruction intestinale, de la péritonite, de la perforation intestinale: en pareil cas il faut beaucoup de sang-froid et de sûreté dans son diagnostic, il faut surtout avoir assisté à une de ces crises, se rappeler les antécédents nerveux du malade, retrouver les autres signes de l'aérophagie, troubles rhinopharyngés, déglutition fréquente, oppressions, palpitations, etc., etc..., pour assurer son diagnostic et affirmer que cette crise toute passagère cédera avec le spasme à l'aide très souvent d'un simple bain chaud.

Dans ses formes chroniques, si les réactions sont moins angoissantes, elles n'en sont pas moins douloureuses et insupportables. Si du côté de l'estomac l'aérophagie est cause de dyspepsie, du côté de l'intestin, elle provoquera de l'entérite et tout spécialement de l'entérite muco-membraneuse, de la constipation, des débâcles diarrhéiques.

C'est dans cet intestin fatigué, malade, que la flore microbienne exaltera sa virulence, que l'intoxication incessante fatiguera le foie, puis celui-ci débordé, troublé dans toutes ses fonctions laissera cette intoxication gagner de proche en proche, envahir et embrasser tout notre organisme. L'assimilation troublée et déviée ne l'alimentera plus; il sera une proie facile pour toutes les déchéances pour l'anémie, pour la neurasthénie, pour la vieillesse prématurée et la mort.

III. — *Syndromes abdominaux*

Nous voudrions attirer l'attention d'une façon toute spéciale sur un ensemble de troubles organiques intimement liés les uns aux autres. Ils se présentent toujours de la même manière et on pourrait presque en faire une entité morbide. C'est l'association de l'aérophagie et de la ptose abdominale qui sont à la base de ces désordres.

Il est parfois difficile de savoir quelle est la première en cause, la ptose pouvant provoquer l'aérophagie, de même que l'aérophagie peut à la longue être une cause indirecte de ptose.

Ce sont surtout les femmes qui constituent la grande majorité de ces malades (80 à 90 0/0 environ). Elles y sont prédisposées par leur éducation, leur genre de vie, leur sédentarité, leurs grossesses. Leur histoire, toujours semblable, est celle-ci. La malade a eu une jeunesse sans hygiène, sans culture physique raisonnée au moment de la formation, privée de grand air, de soleil, de vie quand elle en a le plus grand besoin. Au lieu de développer son thorax et son bassin, au lieu de se faire une musculature abdominale et périnéale en vue de la maternité future, elle s'est courbée sur le pupitre de la pension ou bien s'est

enfermée dans l'atelier à l'air vicié. Jeune elle a eu des végétations, vers dix-sept ou dix-huit ans un peu d'anémie, des piqûres de cacodylate lui ont rendu un embonpoint factice, mais seul le carmin a pu lui remettre aux joues des couleurs qu'un sang trop appauvri ne parvenait point à lui donner. Mariée elle a eu un ou plusieurs enfants. L'accoucheur ou la sage-femme ont surveillé de près la suite des couches jusqu'à ce que tout danger d'infection ait été écarté. Il y a bien un peu, beaucoup, passablement d'éventration; un bandage de corps bien serré la dissimule et « après nous le déluge ». Ils ont donné de bons conseils sur la façon de nourrir, d'habiller, d'élever l'enfant et il leur a semblé que leur devoir était rempli. Quant au ventre de la mère « ça reviendra » il s'arrangera bien tout seul, un peu comme une fracture chez une grenouille.

Les ligaments distendus ne reviennent plus en place.

Les aponévroses abdominales ont cédé, les muscles sont absents, les organes non soutenus tombent pêle-mêle les uns sur les autres, s'étalent, se couchent à leur gré. Le gros intestin coudé en V est derrière le pubis dans le petit bassin, l'estomac le suit, les reins flottent dans le vide. L'utérus remplit peu à peu le vagin avant de pendre un jour entre les cuisses.

L'aspect extérieur suit le désordre intérieur. La malade se présente avec des traits tirés, le teint plombé, terreux, anémique, ridée et vieillie avant l'âge. Les seins pendent vides et flasques, le ventre meurtri, sillonné de vergetures qui ne devraient jamais exister, tombe en besace; des varices sillonnent ses membres inférieurs, privés de circulation, alourdis par des œdèmes.

Le matin elle se réveille plus fatiguée que le soir en se couchant. Dès qu'elle est debout, elle se sent lasse, incapable de tout effort physique ou moral. Après le repas elle éprouve une gêne considérable, une sensation de ballonnement, de pesanteur, la digestion est lente, accompa-

gnée de baillements, de renvois, d'étouffement, de palpitations, d'oppression. La constipation est de règle; elle a essayé tous les laxatifs que les médecins, ses amies et son journal de modes lui ont enseignés. Elle se plaint de migraines, de douleurs variables d'intensité et de sièges, intercostales, abdominales, lombaires. Elle n'éprouve un peu de soulagement qu'allongée et elle passe tout le temps qu'elle peut sur son lit ou sa chaise longue. Elle a consulté de tous côtés, elle erre de médecin en médecin. On la considère comme une nerveuse, une hystérique, on traite ses maux d'imaginaires et on la renvoie avec de bonnes paroles de consolation, l'assurance que « ça passera tout seul » un peu de valériane et des frictions alcooliques sur tout le corps.

Peu à peu arrive le découragement de ne jamais avoir d'amélioration, les idées noires s'installent, la malade est mûre pour la neurasthénie, elle ne tarde pas à y tomber.

A l'examen, l'attention est attirée du côté du tube digestif, langue saburrale, haleine fétide, à la palpation pas de saignée abdominale; poche d'air stomacale et colique énorme, douleur à la pression des plexus solaire et splanchniques par cellulite profonde, des tissus sous-cutanés par cellulite superficielle, surtout au niveau des flancs et autour de l'ombilic. Le colon est encombré par des masses stercorales, des fermentations intestinales intenses achèvent d'intoxiquer cet organisme affaibli. Du côté des organes génitaux, un léger degré de métrite, les douleurs du bas ventre ne cessent pas entre les règles. La circulation est faible, la tension artérielle basse présente entre la minima et la maxima un écart de 2 centimètres de mercure et parfois moins.

La déchéance physique et morale est profonde. C'est un être triste, sombre, envieux de la santé et du bonheur des autres, qui ne connaît plus la joie, qui ne sait plus sourire.

Tel est le tableau lamentable, parfois brossé dans son ensemble, que nous offrent ces malheureuses, ces éternelles blessées.

Eh bien, tout cela peut non seulement être soulagé, mais encore définitivement guéri, non pas par une ordonnance, mais par un ensemble de traitements physiques, qui modifieront profondément sa physiologie et même son anatomie, et que nous étudierons bientôt.

IV. — *Syndromes pulmonaires*

L'aérophagie détermine du côté du poumon des troubles assez importants pour qu'on s'y attarde. La poche d'air stomacale refoule le diaphragme au-dessus d'elle, l'immobilise et en comprime les centres nerveux. La respiration ne se fait plus que par le jeu des intercostaux. Chez ces malades, la capacité thoracique est infime même si les mensurations externes sont normales. Il faut avoir vu ce thorax aux rayons X pour être surpris de son peu de hauteur. Il n'est pas rare de voir cette dimension verticale n'atteindre à peine que 12 à 15 centimètres entre le sommet et la base. L'inspiration est courte, l'hématose insuffisante, le malade est un asphyxié chronique, incapable de fournir assez d'oxygène pour brûler ses trop nombreux déchets d'auto-intoxiqué. Cet état est encore aggravé de ce fait que l'aérophage, nous l'avons déjà dit, possède des voies respiratoires en mauvais état. L'hypertrophie des cornets, les polypes,... choses banales chez eux sont autant d'obstacles à la pénétration de l'air. Cette immobilité du diaphragme favorisera les stases sanguines, pulmonaires et même abdominales. A l'auscultation on entendra des râles de toutes natures, crépitants, bulleux, sibilants; le malade est dyspnéique, il a des quintes de toux; ces différents symptômes suivant leur

association, leur groupement, le feront souvent étiqueter emphysémateux, asthmatique ou pleurétique, ou tuberculeux, et il sera soigné comme tel, d'ailleurs sans aucun succès. Donc, chez tout tousseur pensons à l'aérophagie, voyons si l'épigastre est immobile, à l'occasion pour assurer son diagnostic, passons-le à l'écran: le ballon stomacal, l'immobilité du diaphragme, son refoulement, assureront le diagnostic.

V. — *Syndromes cardiaques et circulatoires*

Quand on examine à l'écran un aérophage, on constate comme nous venons de le dire, un refoulement du diaphragme de bas en haut qui peut être considérable, et son immobilité. Le cœur lui aussi est repoussé, remonté et parfois son grand axe n'est plus dirigé en bas, mais horizontalement. Il est couché sur le diaphragme et comprimé dans sa loge. La pointe appuie fortement sur la poche d'air stomacale, elle la déprime et parfois on la voit battre à l'intérieur de celle-ci. Il est donc normal que ce cœur finisse par se fatiguer et qu'un jour ou l'autre son fonctionnement soit troublé. En dehors de cette compression il existe une autre cause mécanique de surmenage cardiaque. Le diaphragme immobilisé n'aide plus à la circulation pulmonaire et abdominale, il en résulte des stases qui sont autant d'obstacles et de résistance à l'ondée sanguine, et que le cœur devra vaincre en redoublant ses efforts.

(Ces causes mécaniques ne sont pas les seules qui agissent sur le cœur, il faut faire une large part aux troubles nerveux, compression des différents plexus et ganglions viscéraux et diaphragmatiques, étirement des filets des pneumogastriques et du sympathique qui réagissent en accélérant, en ralentissant, en troublant pro-

fondément le rythme cardiaque si sensible à leur excitation.

La dyspnée d'effort est chose banale chez tout aérophage. Dès que son estomac est ballonné après les repas, à la suite d'un ennui ou d'une émotion qui aura exagéré ses mouvements de déglutition, cette dyspnée apparaît. Il lui est impossible de se livrer à aucun travail, la marche ou la montée d'un escalier lui sont interdites. Il éprouve en même temps une sensation d'étreinte précordiale, d'oppression, d'étouffement, accompagnée parfois de palpitations, d'affolement du rythme cardiaque. Peu à peu en même temps que la digestion s'achève, que l'estomac se vide, que les spasmes se calment, ces phénomènes douloureux s'apaisent et tout rentre dans l'ordre pour se renouveler au repas suivant. Il n'en est pas toujours ainsi et il n'est pas rare de voir ces incidents se transformer en crises d'une extrême gravité, fausses angines de poitrine ou asystolie aiguë. Leven en rapporte plusieurs cas typiques et nous avons été à même d'en observer de semblables. Ces crises d'apparence si inquiétantes et qui peuvent aboutir à un dénouement fatal si l'on n'y remédie pas à temps, cèdent avec une extrême facilité à une évacuation de l'air stomacal. Un massage ou un cathétérisme au tube de Faucher feront merveille ou le nitrite d'amyle, ou la trinitrine, la saignée ou la digitaline n'auront rien donné.

Chez tous ces malades on trouve un cœur normal, sans lésions officielles, seulement fatigué, présentant des extrasystoles, des irrégularités, des faux pas, de la bradycardie ou de la tachycardie. Ne nous contentons pas d'ausculter le cœur, examinons le malade dans son ensemble et nous trouverons tous les autres signes de l'aérophagie.

COMMENT RECONNAITRE L'AÉROPHAGIE

Le diagnostic de l'aérophagie est des plus faciles, et nous ne nous y attarderons guère. Il faut surtout y penser. Si l'aérophagie est si méconnue, ce n'est dû qu'à cet oubli, et aussi à la façon superficielle d'examiner le malade qui est malheureusement trop fréquente. On ne s'astreint pas assez à examiner un malade des pieds à la tête. On est trop enclin au diagnostic de chic, à l'examen du seul organe dont le malade se plaint. Tendance au moindre effort, faute de temps? surtout faute de méthode. Avec un peu d'entraînement on arrive en quelques minutes à passer en revue tous les organes et souvent cet examen «grosso modo» nous fera découvrir des choses insoupçonnées sur lesquelles on pourra revenir tout particulièrement. Tout malade devrait être examiné complètement nu et retourné sous toutes ses faces. Combien peu d'entre nous s'astreignent à cela?

Dès l'interrogatoire du malade on peut déjà percevoir le tic d'avalement qui l'oblige à s'interrompre à tout moment, parfois au milieu d'un mot, pour déglutir la salive qui lui emplît la bouche. Sa langue est rouge, humide, irritée par le liquide dans lequel elle baigne incessamment. A l'examen de l'abdomen on remarque la voussure épigastrique plus ou moins accusée suivant la distension gazeuse de l'estomac et son immobilité pendant l'inspiration qui se fait avec la partie supérieure du poumon, le diaphragme étant fixe. Enfin le grand élément de certitude est la constatation directe de la présence d'air dans

l'estomac en quantité anormale. A la palpation l'estomac est tendu, il semble un ballon sur lequel glisse la main. La succussion y produit un bruit de clapotage intense. Si l'estomac est vide, il suffit pour le produire de faire prendre au malade un verre d'eau. Si l'on dispose des rayons X il est intéressant de le passer à l'écran. On voit admirablement la poche d'air qui refoule le diaphragme et qui englobe la pointe du cœur.

En résumé diagnostic facile, élémentaire, mais il faut y penser. L'aérophagie étant reconnue, il faut passer toutes les fonctions en revue pour connaître celles qui ont été lésées et à quel point elles l'ont été. L'examen enfin sera complété par une analyse d'urines avec bilan de la nutrition suivant la méthode de Lematte. Cette analyse servira de base pour l'établissement du régime et le choix des aliments.

Enfin s'il existe le moindre soupçon de syphilis un Wassermann s'impose, fait suivant les dernières méthodes mises en jeu (Hecht-Bauer, Verne, etc.), qui lèveront, autant que faire se peut, les derniers doutes.

TRAITEMENT

I. — *Ce qu'il a été*

Nous abordons maintenant le chapitre principal de la question, celui qui devrait primer tous les autres et qui en général, dans les traités de pathologie, est si maigre qu'il passe souvent inaperçu. Jusqu'à ce jour quel a été le traitement de l'aérophagie?

Pendant longtemps il n'y en a pas eu à proprement parler. On employait toutes les médications imaginables, antiseptique avec le naphtol, le benzonaphtol, etc..., absorbante, par les poudres de charbon, alcaline avec le bicarbonate de soude, la magnésie calcinée ou la craie, calmante avec la belladone, excitante avec la noix vomique, la pepsine, etc,... On était aussi embarrassé par le choix à faire que déçu par le manque de résultat obtenu.

Contre le tic d'avalement? deux solutions aussi incommodes l'une que l'autre: maintenir la bouche ouverte par un bouchon placé entre les dents ou serrer le larynx par une cravate pour rendre plus difficile la déglutition. Ces deux moyens sont pénibles pour le malade, mal tolérés et impossibles à appliquer la nuit ou ailleurs que chez soi. Ce ne peut être qu'un palliatif, qu'une aide momentanée qui n'agira que sur un tic purement nerveux et qui aidera à une rééducation psychique. La déglutition salivaire est due à une cause qu'il faut dépister et soigner.

Leven a en quelque sorte codifié le traitement de l'aérophagie et parmi tous les médicaments employés n'en retient plus que deux; le bromure de sodium et le carbo-

nate de bismuth. Il subordonne l'aérophagie à la dyspepsie et en soignant celle-ci fait disparaître celle-là. Le carbonate de bismuth est appelé à panser la muqueuse gastrique et le bromure de sodium à calmer les spasmes. Il combine ces deux médicaments en modifiant suivant les cas leur dose et la durée de leur application. A l'occasion, si la salivation est trop abondante, il prescrit la belladone pour la tarir ou tout au moins la diminuer. Enfin dans les crises aiguës, quand il faut agir sans retard, pour vaincre un spasme et évacuer l'air de l'estomac, il reste les compresses chaudes sur l'épigastre ou mieux encore le bain chaud et le tubage avec le tube de Faucher.

Le régime alimentaire a donné lieu lui aussi aux opinions les plus contradictoires. Tel aliment était défendu, puis permis, les mets qui passaient il y a peu de temps encore pour les plus légers, tels les cervelles ou les riz de veau, ont été reconnus depuis, comme étant des plus indigestes; ici encore la recherche expérimentale et scientifique aurait un vaste terrain à défricher, où n'ont régné jusqu'à maintenant que la routine et les préjugés séculaires lentement accumulés et aggravés. Toute notre alimentation ou plutôt notre suralimentation, qu'il s'agisse de l'alimentation de l'homme normal aussi bien que de celle du malade est basée sur des principes faux, sans aucune logique pour la diriger et pour la régler. Il faudra heurter et renverser des traditions, des opinions ancestrales pour la ramener dans sa vraie voie et convaincre la plupart de nos contemporains qu'ils sont dans l'erreur, qu'ils se nourrissent trop et qu'ils se nourrissent mal.

Tous les régimes jusqu'ici ne sont pas assez libérés de cet assujettissement. Il faut faire table rase de tout ce qui existe avant de reconstruire un édifice nouveau sur des bases solides et suivant un plan logique.

Le régime de l'aérophage a été celui du dyspeptique: uniquement lacté, puis composé de purées, de pâtes, d'œufs,

de viandes grillées ou rôties. Puis vient la liste interminable des interdictions, pas de sauces, pas de graisses, pas d'épices, pas de crudités, etc., etc... le malade est voué pour le restant de ses jours à une vie d'anachorète, alors que le régime ne doit être qu'une aide au traitement, et non pas un assujettissement constant et absolu.

Quand la dyspepsie seule est la cause d'une aérophagie, qu'elle n'est pas ancienne, et n'a pas causé trop de désordre, cette médication peut être suffisante. Mais en général, on a affaire à des chroniques chez qui, nous l'avons vu, toutes les fonctions sont troublées. Ne soigner chez eux que l'estomac quand l'intestin n'assimile plus ou assimile mal, quand le foie ne fonctionne pas et qu'il est débordé, quand les plexus sont envahis et irrités par la cellulite, quand la ptose, la constipation, l'engrassement par toutes sortes de toxines, ont achevé la ruine de cet organisme, ne soigner que l'estomac sera loin d'être suffisant. Il faut débrouiller cet inextricable écheveau de troubles qui réagissent les uns sur les autres et s'aggravent mutuellement, reprendre une à une chaque fonction et la redresser, la fortifier, s'assurer que dans cet organisme, il n'y a plus aucun heurt, aucun choc, aucun grincement, et ce n'est qu'à ce moment que l'on pourra dire que le malade est guéri, qu'il est redevenu normal, prêt à la lutte et à l'action.

II. — *Ce qu'il doit être*

A un tel ensemble de troubles, il ne faut pas qu'un traitement, il faut des *traitements*; juxtaposés, coordonnés et dirigés vers un même but: la guérison. Il faudra d'abord nettoyer l'organisme, lui faire subir une désintoxication et le mettre au repos. Quand il reprendra son travail d'assimilation, ce ne sera que progressivement avec une diététique appropriée et variée chaque fois que le besoin

s'en fera sentir. Cette assimilation déviée ou déficiente, sera redressée et fortifiée, en même temps que la fonction; l'organe sera lui aussi tonifié et remis en état. La ptose sera combattue d'abord par une ceinture spéciale, puis par une réfection des parois abdominales et des ligaments suspenseurs. Les différentes fonctions glandulaires, hépatique, surrénale, thyroïdienne, ovarienne, etc., seront excitées par une opothérapie polyglandulaire judicieuse. Le système nerveux sera tonifié, excité s'il est asthénique, ou calmé, s'il est hypersthénique. Le cours du torrent circulatoire gêné par les barrages, les stases, sera rétabli et l'hématose favorisée. Le rhino-pharynx presque toujours atteint, sera énergiquement soigné, les muqueuses décongestionnées et revivifiées, s'il en est encore temps, et si des cautérisations malencontreuses ne les ont pas détruites à tout jamais.

Enfin, quand tout cela sera fait, ce ne sera point encore terminé, il faudra entraîner progressivement cet individu vers son rendement physique et intellectuel normal par une rééducation physique et psychique qui le rendra définitivement et intégralement à ses occupations, à son travail.

Désintoxication et repos. — Cette désintoxication est absolument nécessaire: tout organisme malade est un organisme intoxiqué par défaut d'élimination des déchets, par des fermentations excessives, enfin et surtout par les trop nombreux médicaments que ces malades ont pris à tort et à travers sur la foi de leurs amis, des réclames de toutes sortes lues dans leurs journaux, quand ils se sont aperçus que les ordonnances des médecins n'avaient été suivies d'aucun succès.

La cure de jeûne de Guelpa sera pour nous une arme de tout premier ordre, puissante et maniable, c'est elle que nous emploierons dans ce but. La cure de Guelpa, telle que nous la faisons suivre à nos malades, consiste

en une purgation abondante (40 gr. de sulfate de soude et de magnésie) prise le matin. Cette purgation ne fatigue pas, agit sans douleurs, elle est supportée facilement même par les intestins les plus fragiles; cette dose est souvent mieux tolérée qu'une dose plus faible de 25 ou 30 grammes par exemple. Pendant toute la journée et celles qui suivront, le malade ne prend aucune nourriture, il boit abondamment et à volonté, soit d'une eau minérale très pure qui emporte plus qu'elle n'apporte (eau d'Evian par exemple), du thé léger non sucré, du mathé, des tisanes, du bouillon de légumes. Ce dernier sera préparé avec carottes, laitue, navets, poireau, bouquet garni. Il n'y entrera aucune substance fermentescible, pommes de terre ou haricots, sera peu salé. Quand il aura suffisamment bouilli, on le laissera déposer, on décantera et on utilisera le bouillon clair ainsi obtenu. Nous insistons sur ce mode de préparation et il est utile de le faire avec chaque malade, jamais on ne leur donne trop de précisions.

Les deux premières journées de ce jeûne semblent assez pénibles. A l'heure des repas le malade a faim. Malgré le jeûne il ne doit pas cesser de travailler comme de coutume et sous aucun prétexte ne doit rester au lit ou même garder la chambre. Il faut avoir assez d'ascendant sur lui et de persuasion pour qu'il n'interrompe point son traitement. Il faut qu'il sache résister aux objurgations répétées de son entourage qui est toujours affolé de voir un malade, ayant besoin de «fortifiants» rester à jeun plusieurs jours consécutifs. Le troisième jour, il sera étonné lui-même du bien-être physique et intellectuel qu'il ressentira. Il sera plus alerte, plus actif, ses maux de tête auront disparu. Ce sera pour lui une révélation et une résurrection. La désintoxication aura déjà joué son rôle de grande purificatrice. Suivant l'état du malade, on pourra alors ou renouveler la purgation du premier jours, si l'on juge qu'il y ait lieu de le faire, ou lui laisser

continuer son jeûne ou l'interrompre. En général, il faut attendre que la faim revienne. Après le deuxième jour, cette sensation de vide au moment des repas disparaît. La faim véritable, l'appétit ne revient que lorsque la désintoxication est complète. Cette réapparition est variable, il n'est pas rare de voir des malades jeûner, sept, huit, neuf jours et plus, et déclarer d'eux-mêmes qu'ils n'ont pas envie de manger et qu'ils ne se sont jamais sentis si bien portants. Nous avons vu un jeune homme âgé de vingt-huit ans, mesurant 1 m. 75 et pesant 46 kilos, par conséquent dans un état de grande déchéance, de grande misère physiologique, profondément intoxiqué, qui, le jour où nous l'avons examiné, s'est évanoui trois fois et qui, mis au jeûne, l'a maintenu de lui-même et sans peine pendant neuf jours pleins. Il n'y a donc aucun risque, aucun danger à faire jeûner des malades amaigris, n'ayant aucune réserve. Ils supportent admirablement le Guelpa. Nous le répétons après une longue expérience, cette cure de Guelpa, telle que nous la pratiquons est aussi inoffensive que puissante dans ses effets. Les malades en sortent rajeunis, désintoxiqués, prêts à recevoir utilement les soins consécutifs.

Oxygène et eau de mer. — Il est bon pendant le jeûne d'activer le processus de désintoxication, d'oxydation des déchets, de lavages des tissus, par des injections sous-cutanées d'oxygène et d'eau de mer isotonique. Ces piqûres d'oxygène, facilitées par l'instrumentation du Dr Bayeux, sont parfaitement tolérées, si elles sont bien faites dans le tissu cellulaire sous-cutané. On commence par de petites doses de 50 centimètres cubes que l'on augmente chaque jour pour atteindre une dose moyenne de 200 centimètres cubes. Cet oxygène pur est un précieux apport pour l'hématose. Nous avons vu que les troubles naso-pharyngiens et l'immobilité relative de diaphragme chez les aérophages en faisaient de continuels baillonnés. 200 centi-

mètres cubes représentent pour eux un précieux apport et plus que ne le ferait une longue promenade sur un plateau élevé, dans un air pur et sain. Eux-mêmes se rendent compte d'une euphorie spéciale, et sont les premiers à réclamer les bienfaits de cette médication. De plus, la rapidité d'absorption de cet oxygène, nous fournira un moyen de contrôle sur la capacité d'oxydation du sang. Au début du traitement, il n'est pas rare qu'un malade mette deux ou trois jours à absorber complètement ses 200 centimètres cubes, puis au bout de quelque temps, cette faculté d'absorption s'améliore et les 200 centimètres cubes quotidiens sont utilisés.

L'eau de mer, isotonique, facilitera la diurèse et sera un puissant excitant pour l'organisme. Pour tirer de cette médication tout ce qu'elle peut donner, il faut utiliser l'eau de mer vivante stérilisée non par la chaleur, mais par les rayons ultra-violetts qui n'agissent que sur les bactéries et respectent les vitamines. On l'injectera à la dose quotidienne de 30 à 60 centimètres cubes. Pour éviter l'insomnie qui résulte de l'usage de l'oxygène et de l'eau de mer, il est bon de faire ces injections le matin de préférence.

Reprise de l'alimentation. — Quand le malade sent l'appétit revenu, on reprend l'alimentation progressivement: voici un exemple de régime du premier jour.

Le matin au réveil: Verre d'eau d'Evian.

Petit déjeuner: Café au lait ou thé au lait, 1 biscotte.

10 heures: Une infusion chaude, mathé ou thé léger, ou eau d'Evian.

Déjeuner: Un plat de légumes verts.

Une compote peu sucrée.

Une ou deux biscottes.

Ni pain, ni boisson.

4 h. 1/2: Boisson comme à 10 heures.

Dîner: Un potage épais.

Un plat de riz ou de semoule.

Un fruit bien mûr, orange, raisin, etc...

Une ou deux biscottes. Ni pain, ni boisson.

Au coucher : Une infusion, camomille, tilleul ou eau d'Evian.

Nous insistons tout spécialement sur la séparation des repas liquides et des repas solides. Il est irrationnel, de boire en mangeant. Nous diluons à l'excès nos suc digestifs, nous leur enlevons toute action sur les aliments qu'ils doivent transformer. A plus forte raison chez des malades dont les glandes fonctionnent mal et dont les sécrétions sont appauvries et de mauvaise qualité.

Dans cet exemple de menu, nous avons supprimé la viande, nous ne la reprendrons que le deuxième ou troisième jour qui suivra la fin du jeûne. Nous arriverons alors au régime suivant qui, rappelons-le, est un régime *normal* suffisant pour la plupart d'entre nous comme quantité et d'où ne sont exclus momentanément que les aliments difficilement assimilables, graisses, sauces, chocolat, œufs, etc..., etc. :

Lever : Verre d'eau d'Evian.

Petit déjeuner : Café au lait, thé au lait, 1 biscotte.

10 heures : Infusion ou Evian.

Déjeuner : 1 plat de viande rôtie ou grillée ou 1 poisson.

Un plat de légumes additionné à table de beurre frais.

Une compote de fruits bien mûrs.

Deux pommes de terre bouillies.

Une ou deux biscottes.

4 heures : Infusion.

Dîner : Un potage épais.

Un légume.

Un Pudding.

Un fruit.

La quantité de viande sera de 125 à 150 grammes ; celle des légumes de 4 à 5 cuillerées environ. Si le malade

est très au-dessous de son poids et qu'il faille le remonter pas de suralimentation par quantité, mais par qualité. Donnons-lui sous un faible volume des aliments très facilement assimilables et des aliments d'épargne. Remplaçons alors le petit déjeuner du matin par une bouillie de farines maltées (orge, avoine, etc.), ou par un aliment complet tel que la Frumine. S'il le faut, donnons-en une autre au goûter, mais jamais plus. La suralimentation par l'augmentation de quantité de nourriture, par viande crue, beefsteak, œufs, etc., a vécu. C'était une surintoxication qui délabrait un peu plus un organisme déjà surmené. Naturellement chaque malade est pesé d'une façon régulière et dans des conditions identiques toutes les semaines.

Avec un régime ainsi composé, nous avons vu des malades reprendre un kilo par semaine régulièrement et cela plusieurs semaines de suite (Obs. V).

Ce régime n'est pas absolu : quand nos malades sont guéris, nous ne leur défendons pas de prendre part à un copieux déjeuner, mais à une condition qui est de supprimer le repas suivant afin que l'appareil digestif ne souffre pas de cet excès d'apport et de travail.

Contention des ptoses. — Nous avons vu la fréquence de la ptose et de l'aérophagie associées, celle-ci entraînant celle-là. Un de nos premiers soins sera de réduire cette ptose, source de tant d'ennuis et de malaises pour le malade, en attendant de la lui guérir, ce qui est toujours assez long. La meilleure contention sera réalisée par une ceinture épigastrique faite de tissu *non élastique* à la mesure du malade, et non une ceinture orthopédique quelconque toute faite. Cette ceinture sera munie de deux pelotes en caoutchouc gonflables à volonté qui entreront dans l'abdomen et soutiendront les organes. Cette ceinture ne doit être posée au début qu'après un massage et un relèvement manuel des viscères, qu'elle doit soutenir et non comprimer, puis on apprendra au malade à la poser

lui-même en maintenant son bassin surélevé par un coussin. Cette position permet au petit bassin et au bas-ventre de se vider, les viscères se logeant dans la partie supérieure de l'abdomen où les pelotes gonflées les maintiendront. Nous le répétons encore, cette ceinture n'est que provisoire; il faudra par le massage, la faradisation, la culture physique, renforcer les ligaments suspenseurs et la sangle abdominale, et ainsi supprimer la ptose viscérale.

Electrothérapie. — Notre malade est désintoxiqué, sa ptose est contenue, il nous reste à redresser son assimilation et régulariser ses échanges, calmer ses spasmes, détruire la cellulite, tonifier ses organes et son système nerveux, etc... Tout cela se fera par l'électricité et le massage. Comment l'électricité agit-elle, pourquoi joue-t-elle ce rôle de grande régulatrice des échanges? Nous n'en savons encore rien et nous nous contentons d'en recueillir les merveilleux résultats. Il est probable et même certain que notre organisme par l'intermédiaire du système nerveux, utilise l'électricité atmosphérique, le magnétisme terrestre qui nous enveloppe. Est-ce que nos terminaisons nerveuses ne sont pas autant d'antennes réceptrices? Toutes les hypothèses sont ouvertes et il y a là un chapitre nouveau à créer dans la physiologie. Nous nous servirons tour à tour du courant continu, du courant sinusoïdal, et faradique, de la haute fréquence, du bain statique. Ce sont les plus usités.

Galvanisation. — La galvanisation agit en mobilisant les ions de l'organisme. Ce courant est le régulateur de l'assimilation le plus puissant qui existe. Il tonifie et équilibre toutes nos fonctions; il exalte la vitalité de nos cellules, sous son influence les phénomènes intra-cellulaires sont activés, la vie en somme s'épanouit et s'empare à nouveau de ces organismes qu'elle arrache à la maladie et à la mort. La circulation elle-même lui obéit, le torrent circulatoire est entraîné dans le même sens que

le courant et nous utiliserons à l'occasion ce phénomène pour décongestionner un organe ou au contraire l'inonder de sang.

Nous nous servons de l'action calmante, sédative du pôle positif pour combattre les spasmes et les obliger à se relâcher, ou pour calmer l'irritation du plexus solaire. En rythmant et en renversant le courant, nous obligeons les muscles atones de l'intestin à se contracter et c'est contre la constipation atonique la médication la plus puissante que nous possédions.

C'est encore grâce à la galvanisation que nous introduisons localement, par ionisation, des médicaments qui agissent puissamment à l'endroit même où ils sont appliqués. C'est ainsi que l'ionisation iodée est employée pour fondre les amas adipeux locaux, véritables lipômes que présentent certains obèses.

Ce courant galvanique est utilisé de deux façons: soit par électrodes locales soit en bain à quatre cellules. Les électrodes seront formées de compresses de gaze épaisses imbibées d'eau tiède ou d'une solution médicamenteuse et de dimension variable suivant l'organe à soigner. L'intensité du courant doit être facilement supportable et longtemps maintenue. Ces doses faibles et prolongées agissent mieux, leur action est plus durable que des doses fortes et de courte durée. Dans le bain à 4 cellules, le corps entier est parcouru par le courant. Si les pieds dans un pédiluve, on ne plonge qu'un seul bras dans le manuluve on agit plus intensément tantôt sur le foie, tantôt sur le cœur à volonté. Dans ce bain, en particulier, on ne dépassera pas au début des intensités de 3 à 4 milliampères que l'on augmentera jusqu'à 10 milliampères au plus. Ces intensités qui paraissent si faibles sont largement suffisantes, plus fortes elles seraient dangereuses. Nous avons vu des malades à qui 4 ou 5 mil-

liampères causaient une syncope; c'est dire la surveillance constante que l'on doit apporter à leur application.

Courant sinusoïdal et faradique. — Il est souvent nécessaire de faire suivre cette séance de galvanisation de quelques minutes de courant sinusoïdal ou de faradisation. Ces courants provoquent les contractions des fibres musculaires qu'ils touchent et agissent encore par le massage profond qu'ils exercent sur les organes abdominaux. Comme les précédents, ces courants doivent être très surveillés dans leur application. C'est le courant faradique, le plus facile à mettre en boîte qui a jeté sur la thérapeutique électrique le discrédit qui l'entoure encore aujourd'hui. La boîte à faradisation avec ses piles sèches, a séduit bon nombre de médecins par son peu d'encombrement, la simplicité de son fonctionnement et a été appliquée à tort et à travers à tous les vieux hémiplegiques de la clientèle. La joie de voir des muscles flasques, bondir à chaque secousse a été de peu de durée. Les contractures, les raidisseurs, les ankyloses ont été l'aboutissement fatal et rapide de ces «traitements électriques» appliqués par des incompetents. De là à crier bien haut que l'électricité c'était de la fumisterie, il n'y avait qu'un pas et il fut vite franchi. Nous vivons encore actuellement sous cette impression. L'électricité dont il est difficile de codifier l'emploi ne doit être maniée que par des spécialistes qui en connaissent à fond les effets et les propriétés, ce n'est que dans leurs mains qu'elle donnera tout ce qu'on attend d'elle et on peut lui demander beaucoup.

La *haute fréquence* par ses multiples applications nous apportera une aide puissante.

En applications directes par le lit condensateur, par l'autoconduction dans le grand solénoïde, nous augmentons les échanges respiratoires; au bout de quelques minutes, les inspirations deviennent plus amples et plus nombreuses, la température s'élève, des échanges cellulaires ici encore

sont activés ainsi que l'élimination rénale, le taux de l'urée augmente dans les urines d'une façon très sensible en même temps que la diurèse s'accélère. La tension artérielle est modifiée et régularisée suivant le mode d'application, on le fait monter ou bien on l'abaisse: tandis que la chaise condensatrice, l'étincelage de la colonne vertébrale la relève chez les déprimés, le grand sinéloïde chez les obèses hypertendus la fait diminuer.

Localement, l'effluation ou l'étincelage sont les meilleurs analgésiques, des points douloureux névralgiques, les endolorissements articulaires ou musculaires mal définissables dont ces malades se plaignent. L'effluation nous donnera le meilleur traitement des hémorroïdes, des dermatoses courantes chez les hépatiques, de toutes les répercussions cutanées des troubles intestinaux.

Massage. — Dans l'aérophagie, le massage joue un rôle très important; il y a trois conditions essentielles à remplir: calmer les spasmes, vider l'air contenu dans l'estomac, détruire la cellulite qui enrobe les plexus nerveux: à ces trois conditions correspondront trois massages ou plutôt trois manipulations différentes. Il est inutile d'insister ici sur l'obligation pour le médecin de savoir se servir de ses mains et de connaître admirablement la technique du massage, ce qui est loin d'être aussi facile qu'on se l'imagine d'ordinaire; n'est pas masseur et ne devient pas masseur qui veut. Pour calmer les spasmes du pylore et permettre à l'air de le franchir la main doit être d'une légèreté extrême au début, caresser en quelque sorte l'estomac, l'habituer à son contact. Il ne faut pas que l'organe se rebelle et aggrave son spasme. Il faut le posséder; peu à peu on le sent se détendre sous les doigts, devenir plus passif, plus docile, puis tout à coup il se relâche, il s'abandonne, le spasme est dompté. C'est alors qu'intervient le second temps du massage, le vidage de l'air dégluti. La main gauche comprimant le thorax

pour déloger l'estomac, la main droite s'insinue le plus haut possible sous les fausses côtes puis par un mouvement vibratoire léger repousse devant elle en l'amenant vers le pylore une certaine quantité d'air. On entend un glou glou caractéristique au moment précis où il franchit l'orifice. En quelques instants l'estomac est complètement vidé et le malade soulagé. Dans la clinique du Dr Frumusan, qui a été le premier à donner au massage de l'abdomen et de l'estomac, toute l'importance qu'il a dans l'aérophagie, chaque jour, nous avons l'occasion de voir des aérophages en pleine crise, oppressés, dyspnéiques, souffrant parfois au point d'en délirer, être calmés ainsi en quelques minutes. Rien ne peut agir chez eux d'une façon plus efficace, ni plus rapide. Le tube de Faucher n'est pas toujours accepté et est fort désagréable; aucun calmant, pas même la belladone, ne peut produire cette sédation. Mais le massage n'est pas terminé: Il faut détruire la cellulite qui comprime les plexus nerveux, le plexus solaire en particulier, et qui nous l'avons déjà vu, est à elle seule une cause d'aérophagie. Cette cellulite avec un peu d'habitude, est facilement perçue avec les doigts. Ne la sentirait-on pas que le malade se chargerait de l'accuser; la moindre pression de ces centres lui cause des douleurs intolérables. Au début, le massage même très doux, de ces régions, lui est extrêmement pénible. Peu à peu cette sensation devient moins insupportable et au bout de quelques séances, on peut franchement masser les plexus, malaxer les noyaux indurés de cellulite et les faire fondre en quelque sorte sous les doigts. Ce massage d'estomac est suivi d'un massage abdominal. C'est ainsi qu'on accélère la circulation et les sécrétions intestinales, hépatiques, pancréatiques, etc.,... qu'on combattra la constipation si fréquente qu'elle est presque de règle, qu'on réduira la ptose avant de poser la ceinture hypogastrique à pelotes s'il y a lieu de le faire, etc... A chacune

de ces opérations, correspondra une manipulation spéciale qu'il serait trop long et inutile de décrire ici. Le massage ne s'apprend pas théoriquement, seule une longue pratique et une aptitude spéciale, un don en quelque sorte, arrivent à former un vrai masseur.

Culture physique. — A lui seul, ce chapitre pourrait être un volume; ici nous n'en voulons donner qu'un rapide aperçu. Nous sommes d'accord sur l'utilité des exercices physiques pratiqués chaque jour. Malheureusement cette branche de la thérapeutique, comme la précédente d'ailleurs est abandonnée, aux empiriques, professionnels incompétents ou aux charlatans qui ne savent pas en tirer tout le parti qu'il convient. La culture physique est une arme à deux tranchants dont l'abus peut amener des conséquences graves. Nous avons souvent l'occasion de voir des ptoses, voire des hernies aggravées ou même provoquées par une gymnastique intempestive et mal réglée. Or, il n'existe *aucune contre-indication* à une culture physique rationnelle, appliquée sous la surveillance d'un médecin compétent qui sait ce qu'il veut obtenir et comment l'obtenir. La culture physique aura pour but d'accélérer la circulation, d'activer la respiration et l'hématose, de brûler les déchets qui encrassent notre organisme: c'est la seule prophylaxie du sédentarisme, cette plaie des temps actuels. Chez l'aérophage dont la capacité respiratoire est diminuée, ce sera le seul traitement qui lui élargira le thorax, qui fera jouer son diaphragme inutilisé; en contractant chaque muscle celui-ci se débarrassera de sa charge adipeuse et la remplacera par de la fibre striée. C'est grâce à cette culture physique, enfin, que la ptose abdominale sera réduite définitivement quand une musculature suffisante la contiendra. Le moral lui-même s'en ressentira; le malade neurasthénique abattu reprendra goût à la vie; ses fonctions cérébrales seront plus vives et plus promptes à le servir; il ne désespérera plus de lui et la confiance

en soi renaîtra; le petit effort de volonté qu'il fera chaque jour pour exécuter ses exercices sera un entraînement pour celle-ci. Le masque de tristesse et de chagrin qui recouvrait son visage tombera pour faire place au sourire et à la joie.

Les séances de culture physique seront faites nu le matin après le lever de préférence et dans un milieu largement aéré. Elles seront progressives, d'une durée de cinq à six minutes au début, chaque mouvement étant exécuté une ou deux fois. Peu à peu on augmentera le nombre de mouvements en faisant travailler spécialement certains muscles qui ont besoin d'être développés. A chaque exercice correspond une inspiration et une expiration forcée placée rationnellement par rapport au mouvement exécuté. Cette aération pulmonaire intense, en même temps qu'elle oblige le thorax à fonctionner, qu'elle l'assouplit, empêche l'essoufflement et est un facteur puissant d'hématose.

- On fait travailler alternativement les membres supérieurs et la ceinture scapulaire, le tronc, puis les membres inférieurs. De cette façon, chaque groupe musculaire se repose pendant que d'autres travaillent. Une trentaine d'exercices bien compris sont suffisants pour faire fonctionner tous les muscles du corps et peuvent être exécutés en vingt-cinq ou trente minutes environ.

Traitement oto-rhino-laryngologique. — Nous savons que l'aérophagie a pour cause principale un trouble quelconque de l'oreille ou du rhino-pharynx, de ce dernier en particulier. Or, jusqu'à ce jour quelle thérapeutique a été appliquée aux maladies du rhino-pharynx? Nous laissons ici de côté la technique chirurgicale qui fait des merveilles mais qui ne s'applique ou bien qu'à des cas aigus (mastôidite, sinusite, etc.) ou à des cas spéciaux (malformation, par exemple). L'arsenal du spécialiste est maigre; il se compose de quelques flacons aux mixtures aussi variées et poly-

chromes qu'inefficaces. Qu'il s'agisse d'hypertrophie des cornets de rhinite chronique, de folliculite, de granulations, etc.,... qui sont les affections les plus banales, celles que l'on a occasion de rencontrer le plus souvent chez l'aérophage, le traitement est le même: pointes de feu et badigeonnages à l'huile goménolée. La muqueuse nasale qui ne fonctionne déjà plus guère, qui ne sécrète plus et laisse passer tous les bacilles sans les fixer ni les phagocyter est peu à peu brûlée, détruite au lieu d'être tonifiée. Du tissu cicatriciel tapisse les fosses nasales et remplace peu à peu la belle muqueuse rose, saine qui défend la grande porte d'entrée de notre organisme contre tous les agents nocifs qui tentent de la forcer. Si le malade ainsi traité éprouve parfois un soulagement immédiat, si l'entrée de l'air se fait mieux quand des cornets hypertrophiés ont été réséqués et détruits, son bonheur est de courte durée. A la rhinite succède la pharyngite, les granulations, l'enrouement; les bacilles prolifèrent à l'aise dans ces cavités sans défense et envahissent peu à peu tout l'arbre respiratoire. A chaque déglutition le malade les entraîne dans son tube digestif. Les toxines les plus variées se distillent dans son arrière-gorge, inondent son organisme et débordent les défenses qu'il leur oppose. *Ce rhino-pharynx perpétuellement irrité est la source principale des reflexes salivaires et par conséquent de l'aérophagie.*

Au lieu de mutiler la muqueuse protectrice ne pourrait-on pas la tonifier et la guérir?

Déjà les recherches du professeur Leduc et de ses élèves, en particulier du Dr Friell, de Johannesburg, s'étaient portées de ce côté. L'ionisation permettait d'introduire localement un médicament et de soigner une partie malade à l'exclusion de toute autre; des résultats intéressants et encourageants avaient été obtenus.

Aidé des précieux conseils du Dr Frumusan, nous avons appliqué aux maladies courantes du nez et de la gorge

les procédés thérapeutiques qui nous réussissaient si bien en d'autres cas, en les adaptant au nouveau but choisi. Nous avons été amenés à créer de toutes pièces une série de traitements nouveaux qui nous ont donné toute satisfaction. Grâce au courant continu, à l'ionisation par l'ion salicyl, à l'effluation de haute fréquence au massage vibratoire, nous sommes arrivés à réveiller l'activité de muqueuses mortes ou déficientes même dans l'ozène, et à rétablir une circulation normale dans ces muqueuses hyperplasiées. On voit les cornets énormes qui obstruent les fosses nasales, fondre en quelque sorte sous l'effet du traitement. Les folliculites les plus rebelles aux cautérisations et aux mixtures les plus savantes sont jugulées. L'ozène lui-même peut être guéri rapidement par ces agents. C'est le traitement idéal des sinusites chroniques si persistantes et toujours prêtes à se réveiller, à se compliquer parfois d'une méningite mortelle. En une seule séance par l'ionisation au zinc on stérilise complètement et définitivement un sinus infecté. Aucune thérapeutique jusqu'à ce jour n'a donné de tels résultats. Il est à souhaiter que de jeunes spécialistes recherchent dans ce sens des moyens nouveaux d'applications. Ils ne seront pas déçus, quoique leurs maîtres songent peu à les encourager.

Traitements accessoires. — Nous avons vu jusqu'à maintenant quel était le traitement de base de l'aérophagie. A ce traitement, déjà très souple par lui-même et modifiable selon chaque cas, il est parfois utile d'avoir recours à des traitements accessoires qui hâtent la guérison ou qui amorcent une réaction parfois lente à se produire. Nous aurons ainsi recours à l'opothérapie, aux vaccins ou sérums, à quelques médicaments stimulants destinés à donner un coup de fouet à l'organisme, strychnine, associée ou non, à l'arsenic ou au phosphore, etc...

Chez nos malades, les fonctions endocriniennes sont troublées au même titre que les autres fonctions. Ces trou-

bles n'affectent pas qu'une seule glande, toutes sont plus ou moins atteintes, surrénale, thyroïde, ovaire ou testicule, etc.,... aussi l'opothérapie que nous emploierons sera-t-elle pluriglandulaire. Suivant les troubles constatés nous associerons différents extraits surrénal, ovarique ou orchitique et cérébral, par exemple, ou bien thyroïde, hypophyse et ovaire, etc.,... ces combinaisons sont multiples et se prêtent parfaitement à chaque cas particulier.

Nous en dirons autant des vaccins et sérums, quoique dans cette voie, nous soyons encore loin de la perfection. Nous avons eu maintes fois l'occasion d'utiliser des vaccins contre le colibacille, le streptocoque, l'entérocoque, etc., etc., chez des malades dont le tube digestif était un ballon de culture; quoique les résultats se soient fait attendre, il est probable que cette médication a fourni son apport dans l'ensemble du traitement.

Parfois chez les débilités extrêmes (nous avons vu des personnes à qui on ne donnait plus que quelques semaines à vivre) la réaction vers le mieux, l'augmentation du poids corporel, etc.,... se font attendre: quand l'organisme est nettoyé, qu'il s'est reposé, que l'on ne risque plus par un nouvel apport de toxique, de fatiguer le foie, il est utile d'essayer la strychnine à très faibles doses en l'associant ou non à du phosphore ou à de l'arsenic; ce qui nous paraît alors le meilleur est une préparation telle que la Tonikéine dans laquelle l'arseniate de strychnine est noyé dans 30 centimètres cubes d'eau de mer vivante. La combinaison de ces deux médications donne de forts bons résultats. Dès que l'effet désiré est obtenu on l'interrompt. Ce ne doit être qu'un amorçage vers la réaction qui permettra aux agents physiques d'apporter plus tôt la guérison.

L'Emanation radio-active en dissolution dans l'eau et donnée chaque jour au malade possède une action régulatrice remarquable dans les déviations des échanges. La

plupart des sources thermales doivent leurs bienfaits à l'émanation radio-active qu'elles contiennent plus encore qu'à leurs différents sels. L'émanation active l'élimination des déchets et en général les échanges intercellulaires; c'est en même temps un puissant stimulant qui évite souvent l'emploi des médications strychnées.

Direction du traitement. — Nous venons d'indiquer les différents agents physiques nécessaires pour guérir l'aérophagie, nous avons laissé de côté ceux que nous employons rarement: l'hydrothérapie et la luminothérapie, quoique parfois il soit utile d'y avoir recours. Ainsi les rayons bleus exercent une action sédative remarquable, alors que les infra rouges nous apportent la chaleur et l'excitation nécessaires chez les déprimés. Parmi ces agents physiques, c'est au médecin traitant à choisir ceux qui agiront le mieux, leur mode d'emploi et leur dose. A ce sujet, nous ne saurions trop nous élever contre ce que nous voyons couramment dans la pratique hospitalière. Un malade qui a besoin d'être soigné par l'électricité, le massage ou tout autre agent physique est examiné par un médecin qui prescrit le traitement; quant à l'application de celui-ci, elle est abandonnée aux mains d'un infirmier ou d'une infirmière et le résultat en est nul. Il faut que le médecin qui a examiné le malade applique et surveille lui-même le traitement. *C'est la seule condition de réussite* et c'est celle qui fait le plus souvent défaut.

Ces traitements sont longs et minutieux. Suivant le degré de la maladie, son ancienneté, etc..., la cure demandera de un à deux mois de séances quotidiennes. Chacune de ces séances durera suivant les applications faites, de une heure et demie à deux heures et plus. Mais qu'est cela à côté du résultat obtenu? Il faut songer que l'on a affaire à des chroniques qui souffrent depuis de nombreuses années, qui sont profondément intoxiqués, qu'il faut entièrement les transformer, modifier chacune de leurs

fonctions et que cela ne peut pas se faire en huit jours. ni avec une ordonnance. Seul un traitement lent mais continu, donnera à l'organisme l'impulsion nécessaire pour parvenir à la guérison. Il faut éviter les à coups brusques, les élans fougueux et de courte durée, les coups de fouet auxquels l'ancienne thérapeutique nous a habitués. Ils ne peuvent que fatiguer davantage cet organisme surmené. Ce n'est pas un effort court et brutal qui sortira de l'ornière le charriot embourbé, c'est la lente et progressive poussée sur les roues qui lui fera franchir le passage difficile.

OBSERVATIONS

Nous ne donnerons ici que quelques observations sur environ une centaine que nous possédons. Tous nos malades traités ont été dès les premiers jours très améliorés et guéris en six semaines de traitement environ. Pour tous, le traitement de base a été le même que celui que nous avons précédemment indiqué; n'ont varié que les médications accessoires: opothérapie, eau de mer, etc...

Voici d'abord quelques observations d'aérophagie banale, causée par des troubles rhino-pharyngés, et qui a disparu en même temps qu'eux:

M. H..., 44 ans, 4 juin 1921.

Taille: 1 m. 79.

Poids: 74 kgr. 600.

T.A.: M. 23. M. 8.

Homme très vigoureux, sportif, alpiniste connu, se plaint de fatigue, d'oppression après les repas, de mauvaises digestions, etc...

A l'examen, rhinopharyngite, polypes. Aérophagie très accusée, cœur fatigué par compression gastrique; foie gros.

Ablation des polypes et traitement du nez. Traitement général de l'aérophagie; opothérapie hépatique et intestinale.

Guérison en un mois.

M. B..., 32 ans, 3 octobre 1921.

Taille: 1 m. 74.

Poids: 54 kgr.

T.M.: A. 13/2. M. 8.

Venu pour entérite chronique, dilatation d'estomac, pesantier etc., opéré d'une dilatation cœcale et continue d'en souffrir. A

l'examen, rhinopharyngite. Aérophagie, insuffisance hépatique et en général polyglandulaire. Ptose viscérale et aérocolie.

Traitement du nez, traitement général, opothérapie orchitique, hépatique, surrénale et intestinale. Après le jeûne, son poids tombe à 51 kgr. 400. Le 3 novembre, part guéri de son entérite et de son aérophagie ; en un mois a regagné 4 kilogs.

Mme A..., 41 ans, 15 juin 1921.

Taille : 1 m. 54.

Poids : 56 kgr. 400.

T.A. : M. 15. M. 9.

Père mort d'anévrisme.

Paludisme à 14 ans. Anémie pernicieuse.

Mariée à 22 ans, 1 fausse couche, 3 enfants vivants. Métrite.

Se plaint de fatigue, d'insomnie, d'angoisse précordiale, de gastralgies.

A l'examen : giugitive. Aérophagie, insuffisance hépatique. Léger souffle systolique à la base droite.

Retentissement diastolique. Exagération des réflexes.

Le Wassermann est nettement positif. La giugivite, malgré le traitement spécifique mixte (mercure et arséno) est traitée et guérie. C'était la source de l'aérophagie, qui disparaît aussitôt. Traitement général, sangle hypogastrique, culture physique, massage contre la ptose, opothérapie hépatique.

Part guérie le 22 juillet.

Capitaine R..., 32 ans. Venu le 21 janvier 1922.

Taille, 1 m. 68.

Poids, 60 kgr. 800.

Tension mx 13, mn 9.

Se plaint de neurasthénie et de troubles gastro-intestinaux : mauvaises digestions, constipation, perte de l'appétit, etc... Névrose d'angoisse.

A l'examen : Rhino-pharyngite chronique. Aérophagie et aérocolie.

Auto-intoxication avec troubles cutanés.

Tous les autres organes sont normaux.

Traitement du nez et guérison de la rhinite en vingt séances.

Traitement général par galvanisation. Haute fréquence, étia

celage de la moelle épinière. Oxygène et eau de mer. Opothérapie orchitique et cérébrale.

En un mois le malade est guéri, il a repris du poids (1 kg. 500 environ). La constipation a cessé et les digestions sont normales. La neurasthénie elle-même a disparu.

M. D..., 25 ans.

Taille, 1 m. 73.

Poids, 56 kilogrammes.

Venu consulter le 29 novembre 1921 pour gastralgies, migraines, pesanteurs après les repas, oppression.

A l'examen : Rhinite chronique. Aérophagie. Arythmie sans lésion cardiaque. Thorax étroit et cylindrique,

Le malade est soumis au traitement du nez et au traitement général avec gastralgies, migraines, pesanteurs après les repas, oppression.

A l'examen : Aérophagie avec gros ballon d'air qui comprime le cœur. Arythmie, sans lésion cardiaque. Thorax étroit et cylindrique. Ventilation pulmonaire insuffisante. Le malade se plaint d'ailleurs d'être très sujet aux bronchites et d'avoir même fait de la tuberculose. Nous n'en avons pas retrouvé de traces. Rhinite chronique et déviation de la cloison.

Le malade soumis au traitement du nez et au traitement général avec culture physique spécialement destinée à élargir son thorax et augmenter l'hématose.

Le 9 janvier, moins d'un mois 1/2 après, sa rhinite est guérie ainsi que son aérophagie. Il a gagné 1 kg. 300. Il ne se plaint plus de migraines, les digestions sont normales, les palpitations ont disparu.

Voici maintenant quelques observations se rapportant à ce que nous classons sous le nom de syndrome abdominal. Aérophagie ayant entraîné des troubles graves de l'assimilation avec maigreur extrême, ptose viscérale, etc... En ce moment même, nous avons en traitement deux malades dont l'une pèse 36 kilos et mesure 1 m. 57, et l'autre 31 kilos pour 1 m. 59. Leur état s'améliore d'ailleurs et la plus atteinte reprend déjà du poids.

OBSERVATION I

Mme T..., 55 ans. Taille 1 m. 64. Poids 49 kgr. 500. Pas d'antécédents héréditaires. Venue le 10 mars 1921. A eu un enfant à 20 ans. A commencé à souffrir aussitôt après ses couches. Se plaint depuis deux ans surtout de migraines intenses revenant régulièrement tous les deux jours et accompagnées de photophobie, dégoût maladif des odeurs. Agoraphobie. Elle ne peut sortir qu'accompagnée et appuyée au bras de quelqu'un. Neurasthénie. Digestions pénibles. Constipation.

A l'examen : état cachectique. Maigreur excessive. Teint terreux. *Rhino-pharynx*. Forte déviation de la cloison à droite. Rhinite hypertrophique.

Aérogastrie avec spasmes du pylore douloureux.

Ptose de tous les organes. Pas de musculature abdominale. *Cellulite* intense du plexus solaire en particulier et autour des vaisseaux et nerfs profonds. Cœur fatigué et gêné par l'aérogastrie. Pression artérielle M. 16, M. 10.

Varices développées.

Insuffisance hépatique et en général de toutes les glandes.

Le traitement appliqué au début très légèrement est bien toléré. Cure de guelpa légère, trois jours de jeûne. Galvanisation. Condensation, massage abdominal. Pose d'une sangle hypogastrique. Oxygène et océanine. Culture physique progressive. Opothérapie polyglandulaire (foie, ovaire, surrénale, intestinale, pituitaire).

Traitement du rhino-pharynx par effluviations de haute fréquence, ozonisation goménolée, massage vibratoire. Après 20 séances l'amélioration de l'état général se fait sentir, les migraines moins violentes et moins fréquentes ; le poids malgré cela tombe encore et atteint 45 kilos. En raison de la misère physiologique profonde de la malade, le traitement est long. Il est terminé en juin, c'est-à-dire trois mois après son début. L'aérophagie a disparu. La cellulite est détruite : l'estomac dilaté a repris des proportions normales, la constipation a cessé ; la musculature abdominale commence à réapparaître grâce à la culture physique. Les

migraines, les phobies ne sont plus qu'un mauvais souvenir ; la malade peut se promener seule dans Paris. Le poids a augmenté et il augmentera régulièrement, il était au 1^{er} janvier 1922 de 60 kilos.

Actuellement, la malade est guérie, elle vit normalement.

Nous avons donné cette observation comme celle d'un cas rare, présentant le maximum de pauvreté physiologique que l'on puisse rencontrer. Cette personne soignée depuis vingt ans par des moyens thérapeutiques usuels appliqués par des médecins éminents n'a pu retrouver la santé que par le traitement que nous appliquons.

OBSERVATION II

Mme S..., 40 ans, 30 avril 1921.

Taille : 1 m. 53.

Poids : 41 kgr. 560.

T. A. : M. 11, M. 7.

La malade a commencé de souffrir à l'âge de 30 ans. Douleurs d'estomac, puis entérite, douleurs du bas-ventre et des reins. Mise au régime des purées et des grands lavages intestinaux. Un médecin lui trouve, très justement d'ailleurs, une ptose viscérale, lui fait porter une ceinture à pelotes qui améliore son état pendant quelque temps, puis tout recommence, accompagné de migraines, vertiges, absences de mémoire, troubles de la vue, douleurs erratiques, émotivité, asthénie. Cet état empire de plus en plus au point qu'elle avoue n'être plus « qu'une loque humaine » incapable d'aucun travail.

Antécédents héréditaires. Grands-parents cancéreux. Grand-père et une tante amnésiques.

A l'examen : *aérophagie*, *ptose* viscérale très accentuée. *Celulite* profonde et superficielle. Entérite, constipation. *Insuffisance* endocrinienne et hépatique.

Rhino-pharynx ; ancien ozène datant de vingt ans, atrophie des cornets, muqueuse grisâtre ne sécrétant plus.

Les antécédents héréditaires nous font rechercher le Wassermann qui est *positif*.

Le traitement antisypilitique est appliqué en même temps que le nôtre. Sa durée est de deux mois et demi.

La malade est transformée. Tous ses maux ont disparu ; le traitement du rhino-pharynx lui a rendu une muqueuse rose et des mucosités normales. Elle part dans les Vosges passer l'été et elle fait chaque jour des excursions de 8 ou 10 kilomètres à pied. Actuellement, son poids est de 52 kilogrammes ; sa tension remonte à 15. Elle se porte tout à fait bien.

OBSERVATION III

Mme D..., 33 ans, 22 mars 1924.

Taille : 1 m. 59.

Poids de 56 kgr. 650.

T.A.M : 13, M. 9

A eu deux enfants. Depuis ses couches, elle se plaint d'une fatigue insurmontable dès qu'elle est debout. Digère mal, est oppressée après les repas. Céphalées fréquentes. Constipation.

A l'examen : *aérophagie, ptose* avec grosse éventration. *hémorroïdes*.

En trois semaines de traitement, la malade est guérie, sa ptose est continuelle, la constipation a cessé, elle retrouve ses forces. Depuis grâce à des exercices bien réglés, sa musculature abdominale se refait peu à peu et sa ptose se réduit.

OBSERVATION IV

Mme C..., 39 ans, 6 juin 1924.

Taille : 1 m. 57

Poids : 47 kgr.

T. A. : M. 16 — m. 9

Pas d'antécédents notables, se plaint de gastralgie, de constipation, d'oppression, d'insomnies, de grandes fatigues au réveil.

A eu un enfant.

A l'examen. — *Rhino-pharyngite*, hypertrophie des cornets, la respiration par le nez est très difficile.

Aérophagie. — *Ptose* de tous les organes et léger prolapsus utérin. Pas de musculature abdominale. *Fermentations* intestinales intenses.

Le traitement est prolongé six semaines. Quand la malade part elle pèse 53 kilogs. Les cornet sont rétractés et sa rhinite disparue. Elle respire normalement. Sa ptose est contenue par une ceinture en attendant que sa musculature abdominale et péri-néale lui permette de s'en passer. Elle dort bien, elle a repris ses occupations normales.

OBSERVATION V

Mlle C... 43 ans, institutrice. Venue le 12 juillet 1921.

Taille : 1 m. 47

Poids : 36 kgr. 300.

T A : M. 9 1/2. — m. 7 1/2

Se plaint depuis vingt-trois ans de l'estomac. Actuellement souffre d'une fatigue extrême qu'elle ne peut surmonter ; d'amnésie, d'oppression, de ballonnement, de constipation. Malgré les régimes les plus divers et grâce à l'alimentation à laquelle on la soumet, son poids baisse régulièrement.

A l'examen. — *Rhino-pharyngite* chronique et déviation de la cloison.

Aérophagie énorme. La malade déglutit toutes les cinq ou six secondes. *Fermentations* intestinales.

Cellulite profonde du plexus solaire.

Ptose par amaigrissement et distension des ligaments.

La malade ne peut faire que 17 séances en d'assez mauvaises conditions, en pleine chaleur de juillet et vivant à l'hôtel, assez incommodée pour suivre un régime et un traitement.

Malgré cela, elle part très améliorée le 4^{er} août, son poids après avoir légèrement baissé est remonté à 36 kgr. 700 et monte régulièrement. Elle nous revient le 26 septembre pour terminer son traitement, elle pèse alors 40 kilogrammes, sa tension est

remontée à 12 et 8 1/2. Elle achève son traitement commencé. Actuellement son poids est de 42 kilogrammes. Tous ses troubles ont cessé.

Ce syndrome abdominal n'existe pas seulement chez les gens maigres, on le retrouve chez les obèses également. Chez eux, la ptose est courante et entraîne mécaniquement le réflexe salivaire par tiraillements des plexus ou des filets nerveux d'où aérophagie. Voici quelques observations à ce sujet:

Mme L..., 38 ans.

Taille : 1 m. 62.

Poids : 70 kgr. 400.

Tension A : maxima 11, minima 8.

Vient consulter pour obésité et se plaint en même temps de fatigue générale, de mauvaises digestions, de palpitations, d'étouffement.

A l'examen : ptose viscérale et chute du rein droit.

Aérophagie avec gros ballon d'air stomacal qui comprime le cœur.

Obésité légère.

Auto-intoxication avec troubles cutanés, acné, etc.

La malade est mise au guelpa qu'elle prolonge d'elle-même et sans fatigue pendant sept jours. Pendant ce jeûne elle suit le traitement général, galvanisation, haute fréquence, pose d'une sangle abdominale, injections d'oxygène qui l'aident à brûler ses déchets et qui agissent comme stimulant. Non seulement la malade n'éprouve aucune fatigue mais elle a une sensation de bien être jamais ressentie.

Elle termine son traitement un mois plus tard : son poids est de 63 kilogrammes, sa tension remontée à 15 max. et 8 min. : son aérophagie a disparu et avec elle les sensations d'étouffement, des palpitations qu'elle ressentait.

OBSERVATION VI

Mme B..., 37 ans.

Se plaint depuis assez longtemps de troubles gastro-intestinaux, entérite, constipation, etc... Après les repas, sensation de pesanteur, de ballonnement, accompagnée de bouffées de chaleur, de migraines. Il lui arrive parfois d'avoir des accès de délire et on est obligé de la surveiller pour qu'elle ne se jette pas par la fenêtre. Neurasthénie profonde à l'examen. *Rhino-pharyngite*.

Aérophagie. *cellulite* profonde et superficielle très accentuée. Hémorroïdes, insuffisance hépatique.

La cellulite est assez longue à détruire en raison de son intensité. Les troubles mentaux diminuent et disparaissent en même temps que l'aérophagie. La malade reprend goût à la vie et depuis un an se porte très bien.

OBSERVATION VII

Mlle S. B...

Même observation que la précédente à peu de chose près. A chaque crise aiguë d'aérophagie, elle est atteinte de délire de la persécution, brise tout ce qu'elle peut atteindre, etc... On est obligé de la maintenir à grand peine. Quand le spasme pylorique cède, que l'aérogastrie disparaît, les troubles disparaissent aussi. N'a jamais suivi de traitement prolongé. Mais chaque fois qu'elle sent un accès venir, elle nous fait demander en toute urgence. Après un massage évacuateur, la crise cesse complètement et immédiatement.

OBSERVATION VIII

Mme L..., 53 ans.

Aérophage de longue date à crises nombreuses, presque quotidiennes ; à chaque crise correspond un état de surexcitation intense de délire, de désir de suicide, etc... A été enfermée comme aliénée dans une maison de santé pendant quelque temps. Un

traitement qui lui guérit son aérophagie, sa cellulite, etc, guérit ses troubles mentaux qui depuis plus d'un an n'ont pas reparu.

Les trois observations précédentes prouvent bien ce que nous avançons au sujet des troubles mentaux, consécutifs à l'aérophagie. Ils ont été observés d'ailleurs depuis fort longtemps et nous citerons à ce propos, le passage suivant relevé dans la *Chronique médicale* du 1^{er} mai 1921, sous la signature du Dr Deseurtaux, de Royan :

« Jadis à Aix-la-Chapelle, en 1374, les possédés de chorée épidémique, après avoir dansé pendant des heures, tombaient en gémissant, jusqu'à ce qu'on leur eut serré le ventre avec des linges, ou qu'on leur eut administré des coups de pieds ou de poings sur l'abdomen pour agir contre la *tympanite* qui se déclarait après leur succès... »

Nous avons tout lieu de croire que cette tympanite, lisez aérophagie, ne se manifestait pas seulement pendant leur accès, mais était la cause de ces accès.

CONCLUSIONS

L'aérophagie n'est pas une maladie négligeable; elle est malgré sa fréquence, trop souvent méconnue; bien des troubles, rebelles à toute médication, qui l'accompagnent et qui en découlent, seraient guéris, si on la recherchait systématiquement.

Son origine, qui dépend intimement du reflexe salivaire est presque toujours rhinopharyngée ou buccale. Ses manifestations sont multiples et portent sur toutes les fonctions de l'organisme avec un ou plusieurs syndromes prédominants.

Sa guérison ne peut être assurée que par un traitement étiologique en même temps que par un traitement général redressant toutes les fonctions troublées.

Ce traitement doit être suffisamment maniable pour s'adapter à chaque cas et assez puissant pour corriger les déviations fonctionnelles. En aucun cas, il ne devra être brutal et agir par à coups, mais au contraire souple et continu. Une maladie chronique ne peut être guérie que dans ces conditions.

Le traitement idéal est celui qui n'apporte rien d'étranger à l'organisme et qui n'est formé que de médications naturelles: électricité, lumière, chaleur, massages, culture physique, oxygène, eau de mer, opothérapie, etc...

La série suivante d'observations toutes terminées par la guérison, démontre nettement ce qui précède.

Vu : le président de la thèse,
ACHARD

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	7
Etiologie.....	11
I. Causes oto-rhino-laryngées.....	11
II. Causes œsophagiennes et gastriques.....	12
III. Irritation solaire.....	13
IV. Aérophagie nerveuse.....	14
Syndromes.....	16
I. Syndrome gastrique.....	16
II. Syndromes intestinaux.....	17
III. Syndromes abdominaux.....	19
IV. Syndromes pulmonaires.....	22
V. Syndromes cardiaques et circulatoires.....	23
Comment reconnaître l'aérophage.....	25
Traitement.....	27
I. Ce qu'il a été.....	27
II. Ce qu'il doit être.....	29
Observations.....	48
Conclusions.....	58

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT

